

Programa de Ahorro de Medicare

Esta es una solicitud para el Programa de Ahorro de Medicare de Louisiana. Este programa lo ayuda a pagar su cuota mensual de Medicare y los copagos y deducibles de Medicare. Este programa no le costará nada. No cubre medicina.

¿Quién puede solicitar?

Si usted tiene o es apto para obtener Medicare Parte A, solicite el servicio con este formulario. Si está casado, su cónyuge quien también tiene o es apto para obtener Medicare Parte A puede solicitar el servicio con el mismo formulario.

Cómo solicitar

- ① Complete el formulario de solicitud.
- ② Reúna los documentos que debe enviarnos como comprobantes (ver última página de la solicitud).
- ③ Envíenos la solicitud y los comprobantes de inmediato.

¿Cómo es apto para esta ayuda?

- ① Debe tener Seguro de Hospital de Medicare (Parte A) o ser apto para obtenerlo. Consulte su tarjeta de Medicare o llame a la línea gratuita del Seguro Social al 1-800-772-1213 para averiguar si lo tiene.

- ② El ingreso bruto suyo y de su cónyuge (antes de las deducciones) deben estar por debajo de los montos que aparecen en la tabla.

Los montos en la tabla suben cada mes de abril. Si sus ingresos son mayores que estos montos, aún podría ser apto. Lo mejor es solicitar.

Si su ingreso bruto mensual es:	Pagaremos:
Menos de o Igual a \$867 Soltero \$1167 Casado	Todas las cuotas de Medicare, copagos y deducibles
Menos de \$1170 Soltero \$1575 Casado	Su cuota Medicare Parte B

- ③ Los bienes que posee deben tener un valor menor de \$4,000 si es soltero o \$6,000 si está casado. Contamos cosas como:
 - ❖ autos, camiones, botes y otros vehículos; **(Un vehículo no se cuenta).**
 - ❖ propiedades incluyendo casas y bienes heredados; **(La casa en la que vive y la propiedad en donde se encuentra no es tomada en cuenta).**

- ❖ todo tipo de cuentas bancarias, acciones, bonos u otros efectivos en caja; y
- ❖ seguro de vida o de entierro. **(Si el total de todas las pólizas es mayor de \$10,000, contamos el valor en efectivo).**

La información que usted proporciona en su solicitud y todo lo que nos envía se mantendrá confidencial. La ley nos exige que lo mantengamos privado.

Preguntas/Ayuda

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario o para obtener los comprobantes necesarios, llame a su oficina local de Medicaid. Puede llamar también al **1-888-544-7996**. Si usted es sordo o tiene dificultades para oír y tiene un teléfono de texto TTY, llame al **1-800-220-5404**. Estas llamadas son gratuitas.

Para mayor información, visítenos en internet en:
www.MSP.DHH.Louisiana.gov

(CORTE LA SOLICITUD. GUARDE ESTA PÁGINA PARA USTED)

Luego de que recibamos su solicitud

Verificaremos su solicitud y le informaremos si necesitamos algo más. Una vez que tengamos todo lo que necesitamos, tomaremos una decisión tan pronto como sea posible. Le enviaremos una carta para hacerle saber si es apto. Luego de que sea certificado, su oficina local de Medicaid verificará cada año si usted aun sea apto.

¿Qué sucede con las medicinas recetadas?

Para averiguar sobre el Plan de Medicinas Recetadas de Medicare, llame al 1-800-633-4227 ó 1-877-486-2048 si es sordo o tiene dificultades para oír y tiene un teléfono de texto TTY.

¿Cuáles son sus derechos?

Si usted piensa que la decisión que tomamos es injusta, incorrecta o que se tomó muy tarde, puede solicitar una Audiencia de Apelación:

- ❖ llamando o escribiendo a su oficina local de Medicaid; y/o
- ❖ escribiendo a:
LA DHH Bureau of Appeals
P. O. Box 4183
Baton Rouge, LA 70821-4183

Medicaid es un programa de igualdad de oportunidades. No podemos tratarlo diferente por su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si usted piensa que lo hemos hecho:

- ❖ llame a la Oficina Regional para los Derechos Humanos DHHS de EE.UU. en Dallas, TX al 1-800-368-1019,
- ❖ llame o escriba a su oficina local de Medicaid, y/o
- ❖ escriba al
LA Dept of Health & Hospitals
P. O. Box 4818
Baton Rouge, LA 70821-4818

Si usted quiere una solicitud en español o quiere hablar con alguien que hable español, llame al 1-877-252-2447.

Nếu quý vị cần đơn tiếng Việt hoặc tham khảo với nhân viên người Việt, Xin gọi số điện thoại miễn phí 1-877-252-2447.

This public document was published at a total cost of \$5,500.00. Three thousand (3,000) copies of this public document were published in this first printing at a cost of \$2,500.00. The total cost of all printings of this document, including reprints, is \$2,500.00. This document was published by Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804 to advise applicants, recipients and other individuals of Medicare Savings coverage available through the Medicaid Program under authority of 42 CFR 435.905 (a)(1). This material was printed in accordance with the standards for printing by state agencies established pursuant to R.S. 43:31. This material was printed according to standards for printing by State agencies established pursuant to R.S. 43:31. Printing of this material was purchased in accordance with provisions of Title 43 of the Louisiana Revised Statutes.

BHSF Form 1-MB Cover
Rev. 04/08 (English 4/07)
Prior Issue Obsolete



Solicitud para Medicaid de Louisiana



Para obtener ayuda con las cuotas de Medicare, copagos y deducibles

1-888-544-7996

www.MSP.DHH.Louisiana.gov

Medicaid de Louisiana

Solicitud para el Programa de Ahorro de Medicare



Utilice esta solicitud para pedir que Medicaid pague sus cuotas, copagos y/o deducibles de Medicare. **Debe tener o ser apto para tener Medicare Parte A para obtener este tipo de Medicaid.** Si está casado, su cónyuge quien también tiene o es elegible para obtener Medicare Parte A puede solicitar en el mismo formulario. Este es un programa gratuito. No cubre medicinas.

Para solicitar necesita hacer lo siguiente:

1. **Complete y firme la solicitud.** Escriba en letra imprenta y utilice un bolígrafo de tinta negra.
2. **Reúna los documentos de prueba.** Consulte la última página para conocer lo que necesita enviarnos.
3. **Entréguenos esta solicitud de inmediato.** Le daremos tiempo extra para enviarnos las pruebas.

¿Qué idioma habla mejor? inglés español vietnamita otro _____

¿Qué idioma escribe mejor? inglés español vietnamita otro _____

1. ¿Dónde obtuvo este formulario de solicitud?

- Oficina de Medicaid Hospital Farmacia Consultorio del Médico
 Amigo/Pariente Internet Oficina de Estampillas de Alimento Unidad de Salud
 Oficina del Seguro Social Empresa (Tienda, Trabajo) Festival/Feria de Salud
 Otro _____

2. Cuéntenos sobre usted (la persona que solicita)

Nombre (primer nombre, inicial del segundo, apellido) _____

Masculino Femenino Condado en el que vive _____

Número de Seguro Social _____ Apellido de soltera _____

Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

Casado(a) y vive con cónyuge Soltero(a) Divorciado(a) Viudo/Viuda

Raza/Origen étnico: (No es obligación contestar. Puede marcar una o más.)

Blanco Negro Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Hispánico o Latino Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico

Si usted no es ciudadano de los EE.UU. ¿es residente permanente? Sí – Complete abajo

No – Pase a la pregunta 3

Tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde) número: A# _____

Fecha en que llegó a EE.UU.: _____

Llámenos a nuestro número gratuito si necesita ayuda con esta solicitud al 1-877-252-2447. Si usted es sordo o tiene dificultades para oír y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404.

3. Díganos como contactarle.

Dirección de correo postal _____ Apartamento/Lote _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Dirección (en caso de que sea otra) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono de casa (_____) Teléfono celular (_____)
Teléfono para mensajes (_____) Dirección de correo electrónico _____
Mejor día y/o horario para llamar entre las 7 a.m. y las 5 p.m. _____

4. Si usted está casado y vive con su cónyuge, provea la información en los espacios siguientes. No vive con su cónyuge - Pase a la pregunta 5

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) _____

Hombre Mujer

Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____ Número de seguro social _____

¿Su cónyuge quiere solicitar para el Programa de Ahorro de Medicare? Sí - Complete lo que sigue a continuación No - Pase a la pregunta 5 (Deben tener o ser aptos para tener Medicare Parte A para obtener este tipo de Medicaid.)

Raza /Origen étnico del cónyuge: (No es obligación contestar. Puede marcar una o más.)

Blanco Negro Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska
 Hispano o Latino Indio de Hawai o Isleño del Pacífico

Si su cónyuge no es ciudadano de los EE.UU., ¿Es residente permanente? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 5

Tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde) número: A# _____

Fecha en que llegó a los EE.UU.: _____

5. Medicare

Su número de reclamo de Medicare (en la tarjeta de Medicare)

El número de reclamo de Medicare de su cónyuge
(en la tarjeta de Medicare)



6. Si alguno de los que solicitan este servicio tiene seguro de salud o un complemento de Medicare, conteste la pregunta que sigue. Sin seguro - Pase a la pregunta 7

Si hay más de un seguro, utilice otra hoja.

¿A quién cubre? Usted Cónyuge Ambos Nombre del titular de la póliza _____

Fecha de comienzo de la cobertura _____ ¿Cuánto cuesta por mes? _____

Nombre y número telefónico de la compañía aseguradora _____

Dirección de la compañía aseguradora _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

¿Qué cubre? Hospital Médico Medicina Odontología Ambulancia

7. ¿Usted o su cónyuge trabaja o tienen su propio negocio? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 8

Nombre de la persona que trabaja	Nombre del empleador _____ Número de teléfono del empleador () _____ <input type="checkbox"/> Negocio propio	¿Cuánto dinero recibe (el importe bruto, no el salario neto) \$ _____ ¿Cómo le pagan? <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente
Nombre de la persona que trabaja	Nombre del empleador _____ Número de teléfono del empleador () _____ <input type="checkbox"/> Negocio propio	¿Cuánto dinero recibe (el importe bruto, no el salario neto) \$ _____ ¿Cómo le pagan? <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente

8. Recibe alguien ingresos (dinero) de:

- Seguro Social • SSI • Beneficios para Veteranos • Jubilaciones • Pensiones
- Regalías • Anualidades • Renta de una propiedad • Manutención conyugal
- Compensación para trabajadores • Desempleo • Dinero de amigos/familiares
- Otros (cuéntenos qué es) **Sí - Complete abajo** **No - Pase a la pregunta 9**

Nombre	Tipo de ingresos	¿Cuánto recibe? \$ _____	¿Cuán a menudo? <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente	Para beneficios para veteranos o jubilación de ferrocarril, infórmenos el número de reclamo.
Nombre	Tipo de ingresos	¿Cuánto recibe? \$ _____	¿Cuán a menudo? <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente	Para beneficios para veteranos o jubilación de ferrocarril, infórmenos el número de reclamo.

Nombre	Tipo de ingresos	¿Cuánto recibe? \$ _____	¿Cuán a menudo? <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente	Para beneficios para veteranos o jubilación de ferrocarril, infórmenos el número de reclamo.
--------	------------------	-----------------------------	--	--

9. ¿Ha solicitado alguien dinero de fuentes tales como Seguro Social o Beneficios de veteranos, pero aún no lo ha obtenido? Sí - Complete abajo No - Pase a la pregunta 10

¿Quién? _____ ¿Qué es? _____

10. Si alguien que recibe beneficios del Seguro Social recibió alguna vez beneficios de SSI, pero ya no recibe SSI, díganos sus nombres.

11. Díganos si usted o su cónyuge tiene alguno de los siguientes bienes.

A. ¿Cuenta de ahorro/Cuenta de cheques? Sí – Complete abajo No – Pase a la B *Si hay más de tres cuentas, utilice otra hoja.*

¿Qué es? Cuenta de cheques Cuenta de ahorros

¿A quién pertenece? Usted Cónyuge Ambos

Nombre del banco _____

Número de cuenta _____ ¿Cuánto hay en la cuenta? _____

¿Qué es? Cuenta de cheques Cuenta de ahorros

¿A quién pertenece? Usted Cónyuge Ambos

Nombre del banco _____

Número de cuenta _____ ¿Cuánto hay en la cuenta? _____

¿Qué es? Cuenta de cheques Cuenta de ahorros

¿A quién pertenece? Usted Cónyuge Ambos

Nombre del banco _____

Número de cuenta _____ ¿Cuánto hay en la cuenta? _____

B. ¿Dinero separado en una cuenta bancaria para el funeral, o un contrato pre acordado con una casa funeraria? Sí – Complete abajo No – Pase a la C

¿A quién pertenece? Usted Cónyuge Ambos

Nombre del banco o casa funeraria _____

¿Qué valor tiene? _____

En caso de ser un contrato pre acordado, ¿Con qué fondos fue pagado? Efectivo

Seguro de vida Ambos

¿Fue pagado por completo el contrato pre acordado? Sí No

¿Puede ser cancelado o revocado? Sí No

C. ¿Certificados de depósito (CD)? Sí – Complete abajo No – Pase a la D

¿A quién pertenece? Usted Cónyuge Ambos

Nombre del banco _____

Número(s) de cuenta(s) _____

¿Qué valor tiene? _____

D. ¿Bonos? Sí – Complete abajo No – Pase a la E

¿A quién pertenece? Usted Cónyuge Ambos

¿Qué valor tiene el(los) bono(s)? _____

Número de(los) bono(s) _____

¿Qué tipo de bono es? _____

E. ¿Acciones? Sí – Complete abajo No – Pase a la F

¿A quién pertenece? Usted Cónyuge Ambos

¿Qué valor tienen las acciones? _____

¿Cuál es el nombre de la compañía? _____

F. ¿Anualidades y/o cuentas de jubilación (IRA, Keogh, 401-K)? Sí – Complete abajo No – Pase a la G

¿A quién pertenece? Usted Cónyuge Ambos

Número(s) de Cuenta(s) _____

¿Qué valor tiene? _____

¿Se reciben pagos regulares? Sí No

Si **sí**, ¿cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Si **no**, ¿están disponibles esos pagos? Sí No No sabe

¿Se puede retirar una suma global de estos fondos? Sí No No sabe

G. ¿Caja(s) de seguridad? Sí – Complete abajo No – Pase a la H

¿A quién pertenece? Usted Cónyuge Ambos

Nombre del banco _____

¿Qué hay dentro de la(s) caja(s)? _____

¿Qué valor tienen los contenidos de la caja? _____

H. ¿Seguro de vida o de funeral? Sí – Complete abajo No – Pase a la I

Cuéntenos sobre cada póliza. *Si hay más de 8, utilice otra hoja.*

La póliza cubre a	Propietario de la póliza	Compañía de seguros	Valor nominal	Número de póliza
<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge				
<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge				
<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge				
<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge				
<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge				
<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge				
<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge				
<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge				
<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge				

I. ¿Autos, camiones, botes, campers, motocicletas, ATV? Sí – Complete abajo

No – Pase a la J Cuéntenos sobre cada una abajo. *Si hay más de 3, utilice otra hoja.*

Propietario	¿Qué es?	Marca, Modelo, Año	¿Qué valor tiene?	¿Cuánto debe?

J. Las propiedades (no su hogar), como una segunda casa, terreno, propiedad fuera del estado o propiedad que heredó (puede no estar dividida)? Sí – Complete abajo No – Pase a la K

¿A quién pertenece? Usted Cónyuge Ambos

¿Qué valor tiene? _____

¿Cuánto debe? _____

Cuéntenos sobre él (ubicación, tamaño del lote, número de acres, edificios). _____

K. ¿Usted o su cónyuge han creado alguna vez un fideicomiso, colocado artículos en fideicomiso o tienen un fideicomiso establecido para ellos?

Sí – Complete abajo No – Pase a la L

Fecha en que se creó el fideicomiso. _____

¿Puede ser revocado o cancelado? Sí No

¿Se estableció el fideicomiso en el testamento y última voluntad? Sí No

¿Fue establecido el fideicomiso para una persona discapacitada menor de 65 años de edad?

Sí No

¿Quién creó este fideicomiso? _____

¿Quién es el fideicomisario? _____

L. ¿Algo más? Sí – Complete abajo No – Firme la solicitud en la próxima página

¿A quién pertenece? Usted Cónyuge Ambos ¿Qué es? _____

¿Qué valor tiene? _____

Cuéntenos. _____

Este es el final de la solicitud. Debe firmar la solicitud en la siguiente página.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

LO QUE MEDICAID TIENE DERECHO A ESPERAR DE USTED

CIUDADANÍA O ESTADO MIGRATORIO: Usted declara que la información relacionada con la ciudadanía e inmigración que proporcionó al comienzo de este formulario es verdadera y correcta.

REPORTE VERAZ: Usted declara que la información proveída en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. Usted comprende que si, a propósito, provee información que no es verdadera O si, a propósito, no provee toda la información que debe dar, usted y/o la(s) persona(s) solicitante(s) puede(n) obtener beneficios de salud que ni usted ni ellos deberían recibir. Si esto sucede, podrá ser penado por fraude bajo la ley. Además, puede ser obligado a devolver dinero a Medicaid por las facturas que se pagaron por error.

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: Usted entiende que la información que proporciona sobre usted y/o la(s) persona(s) solicitante(s) será verificada. Usted está de acuerdo en ayudar a que se esto se realice y a permitir que Medicaid obtenga la información que necesita de agencias del gobierno, empleadores, proveedores médicos y otros.

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL: Usted entiende que los números del Seguro Social se utilizarán solamente para obtener información de otras agencias del gobierno para determinar si usted y/o los solicitantes son aptos para Medicaid.

PAGO DE GASTOS MÉDICOS POR UNA TERCERA PARTE: Usted entiende que al aceptar Medicaid, el Departamento tiene el derecho a obtener el dinero que usted y/o los solicitantes reciban de otras fuentes tales como pagos de seguro o de orden judicial que Medicaid haya pagado por usted y/o por los solicitantes.

INFORME DE CAMBIOS: Usted acuerda informar a Medicaid dentro de los primeros diez días sobre los siguientes cambios: 1) si alguien que recibe Medicaid se muda fuera del estado; 2) cambios en la dirección personal y de correo postal; 3) cuando alguien viene o se va del hogar; 4) cambios en el seguro de salud y cuotas; 5) cambios en los ingresos; y 6) cambios en los bienes que posee cualquiera de los beneficiarios de Medicaid que son discapacitados o que son mayores de 64 años de edad.

LO QUE USTED TIENE DERECHO A ESPERAR DE MEDICAID

DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA: Usted entiende que puede solicitar una audiencia justa si piensa que cualquier decisión tomada con respecto a su caso es injusta, incorrecta o que se tomó demasiado tarde.

NO DISCRIMINACIÓN: Usted entiende que no puede recibir un trato distinto por parte de Medicaid por su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencia política. Si usted piensa que esto ha ocurrido, puede informarlo a la Oficina Regional para los Derechos Humanos DHHS de los EE.UU. , en Dallas TX al 1-800-368-1019 o escribir al Departamento de Salud y Hospitales de Louisiana a Department of Health and Hospitals, Human Resources, P. O. Box 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818.



DEBE FIRMAR ABAJO



 **Firme su nombre aquí:** _____ **Fecha** _____

Si usted está casado y su cónyuge solicita este servicio, el/ella debe firmar abajo.

 **Cónyuge firme aquí:** _____ **Fecha** _____

Si alguien de Medicaid completó esta solicitud por usted, deberá firmar debajo.

_____ **Fecha** _____

Por favor envíe por correo, traiga o envíe por fax la solicitud y los comprobantes a la oficina local de Medicaid de inmediato. Si usted necesita la dirección o el número gratuito de fax, llame al 1-877-252-2447. Si usted es sordo o tiene dificultades para oír y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404.

Consulte abajo en esta página la lista de documentos que puede tener que enviarnos.

Envíenos estas cosas

Estos documentos son necesarios para que determinemos si usted es apto(a). Alguno de estos documentos no se aplicarán a usted o a su cónyuge. Para el caso de las cosas que sí aplican, infórmenos si no tiene o no puede obtener algún documento, porque quizás los podemos conseguir nosotros o ayudarlo a conseguirlos.

Por favor confíe en que la información que usted suministra en su solicitud será mantenida de forma confidencial. La ley nos exige que la mantengamos en reserva.

Para ayudarlo a decidir qué enviar, marque ✓ cada uno de los documentos que se aplican a usted o a su cónyuge. Puede quedarse con esta página.

- Copias de tarjetas de seguro de salud y tarjetas de Complemento de Medicare (frente y reverso), **de todos los que soliciten**
- Copia de la tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde) u otros formularios del Servicio de Inmigración y Ciudadanía de los EE.UU, **de todos lo que soliciten que no sean ciudadanos de los Estados Unidos**
- Si usted o su cónyuge trabajan, envíe el talón de pago del último mes que muestre el pago bruto (antes de los impuestos) o carta del empleador. Si es tiene su propio negocio, envíe copias de la declaración de impuestos con los formularios adjuntos
- Prueba de cualquier ingreso tal como jubilación, pensión, derechos minerales, regalías y cualquier otro ingreso, **suyo y de su cónyuge**
- Si usted o su cónyuge son propietarios de un inmueble que se renta, envíe prueba del monto de los ingresos del arrendamiento que usted recibe (carta de los arrendatarios o cheque cancelado).
- Copia de la carta de Otorgamiento de beneficio para veteranos, **para usted y su cónyuge**